



Revista de Psicología

ISSN: 0716-8039

revista.psicologia@facso.cl

Universidad de Chile

Chile

Guerra V., Cristóbal; Plaza V., Hugo
Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil
Revista de Psicología, vol. XVIII, núm. 1, 2009, pp. 103-129
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26419221005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil

*Cognitive-Behavioral Treatment of the
Posttraumatic Stress Disorder in a case of child rape*

Cristóbal Guerra V.¹

Hugo Plaza V.²

Resumen

En este artículo se describe el tratamiento de una niña con estrés postraumático producto de una violación. Este tratamiento integra desensibilización sistemática, relajación, control del pensamiento, y psicoeducación. Se pretendió reducir los síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación fisiológica propios de este trastorno. Para medir los efectos de la intervención se registraron los niveles de ansiedad de la niña mediante la escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS; Wolpe, 1958). Los resultados indican una disminución gradual de la sintomatología hasta llegar a niveles mínimos en nueve semanas. Estos resultados se mantienen en el seguimiento realizado semanas, meses y dos años después de terminado el tratamiento. Finalmente se discuten las implicancias teóricas y clínicas de estos resultados.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, estrés postraumático, violación infantil.

¹ Psicólogo, Centro de Atención a Víctimas de Delitos Violentos (CAVI) de Viña del Mar, Escuela de Psicología - Universidad del Mar. Chile. cguerravio@yahoo.es

² Psicólogo, Corporación de promoción y apoyo a la infancia: Paicabi, Escuela de Psicología. Universidad del Mar. Chile. hplaza@udelmar.cl

Abstract

This article describes the treatment of a female child with posttraumatic stress disorder as a result of rape. This treatment integrates systematic desensitization, relaxation, control of thought, and psychoeducation. This treatment attempted to reduce intrusive symptoms, avoidant and increased physiological activation, characteristic of this disorder. To measure the effects of the intervention, was recorded the anxiety levels of the female child with scale units subjective anxiety (SUDS, Wolpe, 1958). The results indicate a gradual reduction of symptoms to reach minimum levels at nine weeks. These results are maintained in the follow-up weeks, months and two years after treatment ended. Finally, the theoretical and clinical implications of these results are discussed.

Key words: cognitive behavioral therapy, posttraumatic stress disorder, child rape.

1. Introducción

En el presente documento se aborda la intervención psicológica realizada con una niña de once años que presentaba la sintomatología propia del trastorno por estrés postraumático crónico, tras sufrir una violación.

La relevancia de esta presentación está dada por el incremento en las denuncias de violación en Chile durante los últimos años, donde se aumentó de una base de 1.905 denuncias en el año 2001 a 2.672 en el año 2007. Adicionalmente, si se considera la totalidad de personas que han denunciado haber sido víctimas de una violación entre ese periodo, la suma llega a 15.400 personas (Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana, 2008). Además de lo anterior, la cifra de víctimas de violación podría extenderse ampliamente considerando que, como es sabido, la cifra negra de víctimas que no denuncian el delito es bastante alta en estos casos. Por lo tanto, parece pertinente la sistematización de tratamientos eficientes y eficaces para dar respuesta a la demanda de atención de las personas expuestas a este tipo de evento traumático.

Considerando lo anterior, el principal objetivo de este artículo es evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual posible de ser implementado a niños que han sufrido experiencias traumáticas como las ya descritas.

A lo largo del artículo se presenta una descripción del trastorno por estrés postraumático, antecedentes de la teoría del condicionamiento y del procesamiento de la información, como marco explicativo del trastorno, y las alternativas de tratamiento más eficaces para abordar su sintomatología. Finalmente se exponen y discuten los resultados de la intervención.

2. Trastorno por Estrés Postraumático

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), según el DSM IV (APA, 1994), corresponde a un tipo de trastorno de ansiedad. Entre sus características se destacan: a) que el sujeto ha estado expuesto ante una

situación de riesgo para su vida o integridad física; b) que el evento traumático es reexperimentado de manera recurrente; c) que existe evitación persistente por parte del paciente hacia estímulos asociados al evento traumático; d) que hay presencia de síntomas como el embotamiento afectivo y la anhedonia; e) que hay un incremento en la activación fisiológica (estado de sobre-alerta); f) que los síntomas se mantienen al menos por un lapso de un mes y deterioran de manera significativa el funcionamiento social, escolar o laboral del sujeto.

Además el DSM IV (APA, 1994) distingue entre el TEPT agudo y el crónico según el alcance temporal de los síntomas. Se habla de un TEPT agudo cuando los síntomas tienen una duración menor a tres meses después del hecho traumático y de crónico cuando la duración de los síntomas es superior a ese periodo.

En el caso particular de los niños, Montt y Hermosilla (2001) señalan que los síntomas presentan características particulares. Por ejemplo, los síntomas de re-experimentación se caracterizan por su inicio tardío respecto del evento traumático, asociado a conductas de reactuación del evento traumático como los juegos repetitivos y las pesadillas (con contenidos de monstruos, desastres y muertes). Por su parte, los síntomas de evitación pueden asociarse a alteraciones en la memorización y secuencia lógica del hecho traumático; asimismo, los niños suelen evitar hablar del suceso o presentar conductas regresivas. El embotamiento afectivo se caracterizaría por la disminución progresiva de intereses, por el aislamiento, la inhibición conductual, la limitación en el procesamiento de afectos positivos y en la sensación de un futuro desolador. Finalmente, respecto de los síntomas de aumento de la activación fisiológica, es posible encontrar respuestas de sobresalto, limitaciones en las capacidades de atención y concentración, irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño.

Por otro lado, de acuerdo a Terr (1991), se distinguen dos tipos de eventos traumáticos asociados al TEPT: el Tipo I que estaría caracterizado por un evento traumático único, no anticipado (como por ejemplo los atentados sexuales sorpresivos y los asaltos), en los cuales existe mayor probabilidad de encontrar sintomatología asociada a re-experimentación,

arousal y evitación. Por su parte, el Tipo II se caracterizaría por un estresor crónico, cotidiano, de anticipación (como el abuso sexual crónico, el maltrato físico, la exposición a periodos prolongados de guerra, entre otros), donde se activan mecanismos como la disociación, el aplanamiento afectivo y la identificación con el agresor.

2.1. Teorías explicativas del TEPT

En el contexto de las teorías del condicionamiento, el principal modelo para explicar el TEPT es la teoría bifactorial de Mowrer (1947, 1960). Esta teoría supone la adquisición del miedo y la sintomatología de TEPT mediante condicionamiento clásico, donde la situación aversiva incondicionada (en este caso la violación) es asociada a una serie de estímulos originalmente neutros, que posteriormente adquieren propiedades condicionadas.

Luego, la mantención del TEPT es explicada por la evitación de las situaciones (estímulos) condicionadas, mediante mecanismos de condicionamiento operante. De este modo, la respuesta evitativa es reforzada negativamente por el alejamiento de la situación aversiva condicionada. Lo anterior explicaría la funcionalidad de la evitación.

En la misma línea que lo planteado por Mowrer (1947, 1960), aunque con una secuencia más específica, Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo (2006) indican que en el estrés postraumático los síntomas intrusivos y de aumento de la activación fisiológica se producen por condicionamiento clásico, donde se asocian estímulos aversivos (propios del evento traumático) con estímulos inicialmente neutros que posteriormente adquieren propiedades aversivas condicionadas. Producto de esta asociación los estímulos aversivos condicionados serían capaces de originar respuestas similares a las dadas ante el estímulo aversivo original, lo que conformaría el eje sintomático del TEPT (síntomas de intrusión y activación). Los autores indican que, en un esfuerzo por alejarse de la angustia, los pacientes evitan exponerse a estos estímulos asociados con el evento traumático. De este modo la conducta evitativa es reforzada negativamente, disminuyendo la probabilidad de que los síntomas intrusivos y de activación se extingan.

Análogo al modelo antes descrito, y también dentro de las teorías del condicionamiento, ha sido considerado el modelo de desamparo aprendido de Selligman (1975). Desde esta perspectiva se postula que individuos expuestos a situaciones incontrolables tienden a presentarse pasivos e ineficaces en adquirir nuevas respuestas de control, dado que, independiente de lo que hagan, el estímulo aversivo sigue presentándose.

Desde un punto de vista cognitivo, y en específico desde la teoría del procesamiento de la información aplicada al TEPT, Resick y Schnicke (1992, 1993) plantean que la sintomatología se relaciona con la interpretación que hace la persona sobre el evento traumático. Estos autores indican que el evento traumático es una nueva información que se interpreta de forma no congruente, alejada de las propias creencias y expectativas. De esta manera postulan que las víctimas podrían evitar el procesamiento del evento traumático, lo que permitiría que los recuerdos del trauma continúen surgiendo de forma involuntaria. Astin y Resick (1997) señalan que, adicionalmente, surgen respuestas emocionales y de activación fisiológica asociadas al recuerdo traumático que incentivan el surgimiento de las conductas evitativas.

De manera complementaria a lo anterior, surge el interés por mencionar algunos aspectos neurobiológicos asociados al TEPT: Perry y Pollard (1998) señalan que el cerebro responde de manera global frente a situaciones traumáticas, en particular las áreas del sistema límbico, corticales, mesencéfalo y tronco encefálico. Cuando existen estímulos percibidos como amenazantes, estos centros desarrollan, en el organismo, respuestas fisiológicas en el sistema nervioso central, periférico e inmunológico. Luego, cuando desaparece el estresor los sistemas vuelven a su homeostasis anterior. No obstante, para que nuevamente se active el sistema basta con la presencia de claves del medio (estímulos condicionados de la experiencia traumática) o pensamientos que evoquen la situación traumática. Lo anterior se explica dado que el organismo quedaría sobrecondicionado, fortaleciendo la asociación y haciendo fácilmente evocable el recuerdo traumático.

3. Tratamiento del TEPT

Según Baguena (2001) los tratamientos que han demostrado mayor eficacia para el TEPT han sido los cognitivo-conductuales. Entre ellos destacan dos tipos de tratamiento altamente eficaces: 1. Los tratamientos que incorporan elementos de la inoculación de estrés como la psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto-diálogo guiado y detención de pensamiento, ya que permiten a los pacientes comprender y controlar sus reacciones ante el trauma (Botero, 2005). 2. Los tratamientos basados en la exposición, ya que rompen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, favoreciendo la extinción de esta última (Baguena, 2001).

Pese a la gran variedad de técnicas mencionadas, a continuación se profundizará únicamente en las técnicas utilizadas en esta investigación: psicoeducación, control del pensamiento, relajación progresiva y desensibilización sistemática (DS).

3.1. Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica que consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, de manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas. Se ha elegido esta técnica, ya que combina la educación sobre la problemática a enfrentar con la entrega de estrategias de resolución de problemas (Belloso, García y De Prado, 2000).

Botero (2005) señala que la educación sobre el trauma es una herramienta útil en el abordaje terapéutico del TEPT ya que le permite a los pacientes comprender su sintomatología y los elementos necesarios para superarla.

La utilidad de esta técnica en el tratamiento de niños abusados sexualmente ha sido descrita por Canessa y Guerra (en prensa). Estos autores destacan el aporte de la psicoeducación en la motivación al

paciente (y a su familia) para el afrontamiento de situaciones altamente amenazantes, ya que les ayuda a modificar pensamientos pesimistas y les permite planificar estrategias de afrontamiento a las situaciones difíciles.

3.2. Técnicas de detención y de control del pensamiento.

Las técnicas de “detención del pensamiento” consisten en que, ante la aparición de un síntoma intrusivo, el paciente utiliza una clave verbal dirigida a detener el pensamiento displacentero (Cía, 2001). A juicio de Wolpe (1958), esta técnica resulta útil sólo en aquellos momentos en que al paciente le resulte imposible exponerse al pensamiento traumático. Cía (2001) agrega que utilizar esta técnica en exceso contradice los principios de la exposición al evento traumático, ya que se constituye como una estrategia de evitación que perpetúa la sintomatología del TEPT.

Por su parte, la técnica de “control del pensamiento” es una derivación de la detención de pensamiento. Su diferencia radica en que permite que la persona detenga la cognición perturbadora, que luego la evoque voluntariamente y que finalmente la detenga o cambie por otra, también de forma voluntaria (Caballo y Buela-Casal, 1998). De esta manera el paciente puede detener y luego exponerse de forma voluntaria al pensamiento sin perpetuar la sintomatología evitativa.

Considerando los efectos secundarios adversos de la detención del pensamiento es que, para esta investigación, se optó exclusivamente por la técnica de control del pensamiento. En el tratamiento que se expone, el control del pensamiento se utilizó para atacar los pensamientos intrusivos sin perpetuar la pauta de reforzamiento negativo que mantiene los síntomas evitativos. Más adelante, en la sección “implementación del tratamiento”, se explica con más detalle esta consideración.

3.3. Relajación progresiva

La relajación, como forma de entrenamiento, permite a los pacientes adquirir el dominio de una respuesta incompatible con la ansiedad, que

favorece la exposición gradual a los estímulos aversivos. La elección de esta técnica se justifica ya que es una herramienta útil para el control de la activación fisiológica asociada al estrés (Trujillo, 2007), ampliamente utilizada en casos de TEPT (Botero, 2005).

La técnica específica utilizada en el presente trabajo correspondió a la propuesta por Nieves y Vila (1998), que resume el procedimiento original de Jacobson y Wolpe; y Bernstein y Borkovec (1983).

El procedimiento básico consiste en entrenar al paciente en el control de su propia tensión corporal mediante la realización voluntaria de una secuencia de ejercicios en que se tensan y luego se relajan diversas zonas musculares que habitualmente se asocian al estrés.

3.4. Desensibilización Sistemática

Corresponde a una técnica de intervención terapéutica, orientada a disminuir sintomatología conductual de miedo y evitación. En términos generales, consta de dos componentes centrales. El primero se orienta a enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. El segundo componente se orienta a la elaboración, y posterior exposición progresiva del paciente a estímulos provocadores de miedo.

El origen de la técnica corresponde a Wolpe (1958), el cual ideó la DS con la finalidad de reducir las reacciones de ansiedad.

El fundamento central del procedimiento está basado en el condicionamiento clásico pavloviano. La hipótesis de base es que una respuesta de ansiedad ante un estímulo provocador de miedo puede eliminarse o debilitarse desarrollando una respuesta contraria a ésta (la relajación). De acuerdo a Wolpe (1976, 1981), el mecanismo que explicaría la DS es la inhibición recíproca.

Otros autores han explicado la DS desde planteamientos complementarios. Por ejemplo, Pearce y Dickinson (1975) señalan que en la DS operan mecanismos de contracondicionamiento pavloviano, de extinción de la respuesta ansiosa y de habituación a los estímulos generadores de ansiedad.

En el plano cognitivo, Beck (1976) propone que la DS da como resultado el cambio de cogniciones del sujeto frente al estímulo aversivo. El autor indica que como consecuencia de la exposición controlada a la situación temida, la persona modifica sus patrones de pensamiento disfuncionales asociados con el temor irracional. Por su parte, Bandura (1977) señala que la DS modifica la percepción de autoeficacia del paciente, el cual es capaz de reconocer mayores recursos para hacer frente a la situación provocadora de ansiedad.

Aplicado al tratamiento del TEPT, Baguena (2001) señala que diversos estudios reportan efectos positivos de la aplicación de la técnica en veteranos de guerra (Bowen y Lambert, 1986, citado en Baguena, 2001), víctimas de accidentes automovilísticos (Muse, 1986, citado en Baguena, 2001), y en mujeres víctimas de violación (Frank *et al.*, 1988, citado en Baguena 2001).

En esta línea, Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows y Street (1999) estudiaron a 96 mujeres víctimas de agresión sexual diagnosticadas con TEPT. Los autores compararon el efecto de tres grupos experimentales con diferentes condiciones de tratamiento (exposición prolongada, inoculación de estrés y una condición combinada de exposición prolongada e inoculación de estrés) y un grupo de control. El resultado indicó que el grupo asignado a la condición de exposición prolongada mostró los resultados más satisfactorios en relación a la disminución de los niveles de ansiedad, de depresión y de la gravedad del TEPT. Coherente con lo anterior, Richards, Lovell y Marks (1994) señalan que la exposición prolongada tiene efectos satisfactorios sobre los síntomas evitativos propios del TEPT.

4. Método

4.1. Participante

La persona que participó del tratamiento fue una niña de 11 años de edad que vivía al cuidado de ambos padres (madre de 40 años y padre

de 44), en compañía de tres de sus hermanos, dos mujeres (de 21 y 18 años) y un hombre (16 años), además de la hija de una de sus hermanas (5 años).

El padre trabajaba como carpintero fuera de la ciudad, por lo que durante la semana no estaba en la casa; por su parte, la madre trabajaba como asesora del hogar.

Los padres solicitan atención psicológica para su hija debido a que la niña fue víctima de violación por parte de un vecino. Una noche en que ella se encontraba durmiendo en su habitación el agresor ingresó por una de las ventanas, le tapó la boca, le dijo que se mantuviera en silencio, la amenazó de muerte y la violó vaginalmente.

Las primeras sesiones de atención psicológica se realizan dos semanas después de ocurrida la violación. No obstante, debido a gestiones judiciales propias de una violación (evaluación psicológica pericial, exámenes médicos y declaraciones en tribunales de justicia) y a situaciones familiares (vacaciones) el tratamiento fue poco consistente en su etapa inicial. El tratamiento formal se inicia cuatro meses después del evento traumático.

Al momento de iniciar al tratamiento, la niña presentaba sintomatología propia del TEPT crónico (APA, 1994), donde:

- Los síntomas intrusivos correspondían a pensamientos, sueños y flashbacks frecuentes y relacionados con la situación traumática vivida.
- Los síntomas evitativos consistían en la imposibilidad de la niña para enfrentar cualquier estímulo asociado a la violación. Por ejemplo, la niña no podía entrar a la habitación donde ocurrió el hecho, no podía ver la cama ni tampoco las sábanas. Durante los cuatro meses posteriores al evento traumático ella se negaba a dormir sola. Además, posterior a la violación solicitó irse a vivir a la casa de unos familiares ya que señalaba que la casa completa le producía malestar (durante cuatro meses sólo estuvo en su casa por periodos cortos).
- Los síntomas de aumento de la activación fisiológica estuvieron asociados a un estado de hiperalerta y desconfianza extremo en la niña, así como también al aumento notable de su agresividad. Además, ante

cualquier exposición a un estímulo relacionado con la violación la paciente reaccionaba con crisis de llanto e impulsividad por largos periodos (entre 30 y 90 minutos).

Es necesario destacar que esta sintomatología era intensa e invalidante, permaneciendo invariable durante cuatro meses, desde que ocurrió la violación hasta que comenzó el proceso de psicoterapia.

4.2. Diseño

Considerando que los fines de la intervención fueron, en primer lugar, clínicos y, en segundo lugar, investigativos, se optó por utilizar un diseño pre-experimental de caso único³. El diseño empleado contempló una fase de línea base, dos fases consecutivas de tratamiento y una fase de seguimiento.

Se optó como unidad de análisis (variable dependiente) la respuesta ansiosa, dado que por medio de este constructo se resume la vivencia del estado afectivo, cognitivo y conductual de la paciente.

Durante la línea base se midió la ansiedad en ausencia de tratamiento. La primera fase de tratamiento incorporó psicoeducación, relajación, control del pensamiento y desensibilización mediante exposición a fotografías de los estímulos aversivos condicionados. La segunda fase de tratamiento fue similar a la primera, salvo porque se utilizó la desensibilización en vivo combinada con las otras tres técnicas.

4.3. Instrumento

Para medir la respuesta ansiosa en la paciente se utilizó una adaptación de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS). Esta escala fue

³ Pese a existir otros diseños de caso único más rigurosos en cuanto al control experimental, éstos requieren suspender el tratamiento una vez iniciado (retornar a línea base) para comprobar que los cambios en el paciente se deben al tratamiento y no a otras variables. Para esta investigación se consideró necesario privilegiar los criterios éticos y clínicos que permitiesen a la paciente superar rápidamente su sintomatología en desmedro de un mayor control experimental. Por esta razón se optó por un diseño pre-experimental, con menor control experimental, pero con mayores garantías clínicas. Para una revisión más detallada de los diferentes diseños experimentales de caso único ver Castro (1982) y Cooper, Heron y Heward (2006).

desarrollada por Wolpe (1958) como una medida de la respuesta ansiosa en pacientes ante estímulos aversivos. La escala original consta de un rango de variación de 0 a 100 puntos, donde 0 significa ausencia de ansiedad y 100 significa un estado máximo de ansiedad. Siguiendo a Koverola, Elliot-Faust y Wolfe (1984) y a Hettiarachchi (2007), y considerando que la paciente que participó de este trabajo era una niña de 11 años, se optó por utilizar una escala simplificada con un rango de variación entre 0 a 10 (de menor a mayor ansiedad).

En términos operativos, la escala mide sensación subjetiva de ansiedad ya que se le solicita al paciente que indique, en el rango de 0 a 10, qué tanta ansiedad experimenta en un momento específico.

Beidel y Turner (1998) indican que este tipo de escala es bastante útil en la desensibilización sistemática ya sea en la fase previa de establecimiento de la jerarquía de los estímulos aversivos como en la fase de aplicación del tratamiento, al señalar la sensación subjetiva de ansiedad experimentada por el propio paciente. Además, diversas investigaciones respaldan su utilización como una medida asociada al estrés postraumático (Botero, 2005; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Jaycox, Foa y Morral, 1998; Wilson, Becker y Tinker, 1999).

Adicionalmente, se utilizó la entrevista clínica y la observación conductual como instrumentos de evaluación de los resultados de la intervención. Específicamente, la entrevista clínica permitió acceder al reporte de la niña respecto de la frecuencia e intensidad de síntomas intrusivos y de activación fisiológica, en tanto la observación conductual permitió apreciar la tasa de respuesta evitativa.

4.4. Procedimiento

Previo a la implementación del tratamiento se realizaron las siguientes actividades: evaluación conductual, establecimiento de las metas del tratamiento y selección del tratamiento más adecuado.

Según Silva (2001), la evaluación conductual corresponde a la identificación y medición de las conductas objetivo y de las variables que la

controlan. La finalidad de este procedimiento es utilizar esta información en la modificación del comportamiento problema. Por su parte, Muñoz (2001) agrega que toda evaluación conductual tiene un componente descriptivo (con el menor nivel de interpretación posible) y lo que se denomina un análisis funcional (donde se establecen hipótesis respecto al origen y mantención de las conductas problema).

A nivel descriptivo se pudo apreciar (mediante observación directa y entrevistas con la paciente y con sus padres) que la niña presentaba sintomatología crónica de TEPT.

Realizando un análisis funcional de esta sintomatología se planteó como hipótesis de su origen la propuesta teórica de la psicología del aprendizaje (Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, 2006) sobre la asociación clásica producida entre el estímulo aversivo (violación) y una serie de estímulos neutros que adquieren propiedades aversivas condicionadas. Además, a modo de hipótesis, se consideró que la sintomatología se mantenía por reforzamiento negativo, es decir, las conductas evitativas traían como consecuencia inmediata la reducción de la ansiedad que le producían los estímulos asociados al evento traumático. No obstante, pese a este efecto aparentemente favorable (reducción de la ansiedad), las conductas evitativas impedían que la paciente se expusiera a los estímulos aversivos condicionados en ausencia del estímulo aversivo incondicionado (la violación), lo que impediría que la sintomatología intrusiva y de aumento de la activación se extinguiese.

En una segunda etapa se establecieron las metas del tratamiento y se seleccionó el tratamiento a implementar. Tomando en cuenta que desde las hipótesis planteadas se consideró a los síntomas evitativos como eje articulador de la mantención del TEPT, es que se decidió centrar el tratamiento en la exposición, es decir, en el afrontamiento a los estímulos aversivos (mediante una DS).

Paralelamente, para favorecer el afrontamiento y también para disminuir los síntomas de activación fisiológica, se estableció como meta del tratamiento el entrenamiento en relajación. Además, para disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas intrusivos (la dimensión cognitiva

del trastorno), se realizó entrenamiento en métodos de control del pensamiento.

De manera complementaria a lo ya señalado, se utilizó la psicoeducación sobre el TEPT y sobre el tratamiento propuesto como forma de disminuir la ansiedad y aumentar la adherencia al tratamiento.

De este modo, los objetivos del tratamiento fueron:

- Aumentar el control voluntario sobre las cogniciones de reexperimentación (dirigido a disminuir los síntomas intrusivos).
- Aumentar los niveles de afrontamiento a los estímulos aversivos (dirigido a disminuir síntomas de evitación).
- Reducir niveles de activación fisiológica (dirigido a disminuir síntomas de activación y favorecer el afrontamiento).

Sobre la base de estos objetivos, el tratamiento elegido fue el de exposición. La Tabla 1 muestra los objetivos del tratamiento asociados a cada técnica específica seleccionada para su cumplimiento. Pese a que el tratamiento propuesto incluye una combinación de varias técnicas específicas, se considera como eje central articulador de todas ellas a la desensibilización sistemática, pues las otras técnicas se presentan asociadas a ella o bien se implementan para favorecer una adecuada exposición.

Tabla 1

Relación entre los síntomas, los objetivos y las técnicas de intervención

Síntomas	Objetivos de tratamiento	Técnicas de intervención
Intrusivos	Aumentar control voluntario de pensamientos relacionados con la violación.	Control del pensamiento.
Evitativos	Aumentar los niveles de afrontamiento.	Psicoeducación y Desensibilización Sistemática (en fotos y en vivo).
Activación	Reducir niveles de activación fisiológica.	Relajación progresiva.

4.5. Implementación del tratamiento

Para llevar a cabo el tratamiento en exposición se planificaron siete etapas: motivación y psicoeducación, entrenamiento en relajación, elaboración de jerarquía de estímulos aversivos, entrenamiento en técnicas de control del pensamiento, exposición en fotos, exposición en vivo y seguimiento.

a. Motivación y psicoeducación: La primera consideración para efectuar el tratamiento de exposición fue motivar a la familia y a la propia niña a afrontar los estímulos que le producían malestar. En esta fase fue relevante la inclusión de la familia, ya que ésta jugaba un papel esencial en la mantención de los síntomas evitativos de la niña. En los padres existía la creencia que la exposición a los estímulos aversivos produciría un empeoramiento del estado emocional de su hija ya que en el pasado, ante exposiciones involuntarias, la niña reaccionaba con fuertes crisis de llanto e impulsividad. Para motivar a los padres y a la niña se realizó un proceso de psicoeducación sobre el TEPT, sobre los fundamentos de las técnicas de exposición para el tratamiento del TEPT y sobre las curvas de extinción (donde, como es sabido, en un inicio aumenta la conducta sometida a extinción para luego declinar gradualmente). Esta fase tuvo una duración de una sesión; no obstante, durante todo el tratamiento posterior se realizó motivación a la niña y a su familia.

b. Entrenamiento en relajación: Como forma de aumentar el autocontrol de la niña, de disminuir los síntomas de activación fisiológica y de apoyar la posterior desensibilización (mediante el aumento de una conducta incompatible con la ansiedad), se realizó un entrenamiento a la niña en relajación progresiva. Esta fase tuvo una duración de dos sesiones. En la primera se hicieron ejercicios de relajación, luego se indicó como tarea, entre la sesión, la realización de nuevos ejercicios que fueron perfeccionados en una segunda sesión, una semana después.

c. Construcción de la jerarquía de estímulos aversivos: Posteriormente se construyó la jerarquía de estímulos aversivos, para lo cual se le pidió a la niña que señalara abiertamente cuáles eran los estímulos físicos que ella

asociaba a la violación. Luego se le solicitó que construyera una jerarquía con esos estímulos (ordenados de menor a mayor malestar), y señalando en una escala de 0 a 10 el nivel de ansiedad que le producían (ver Tabla 2). Esta fase tuvo una duración de una sesión.

Tabla 2
Jerarquía de estímulos aversivos

Estímulo Aversivo Condicionado	Ansiedad (SUDS)
1. La casa del agresor (justo en frente de la casa de la niña)	6
2. El pasillo fuera de la habitación (por donde el agresor huyó).	7
3. La puerta de la habitación (por donde el agresor huyó).	7
4. La habitación completa.	8
5. La ventana de la habitación (donde ella miraba mientras ocurría la violación).	8
6. La ventana de la habitación (por donde el agresor ingresó).	9
7. La cama donde fue violada.	9
8. Las sábanas de la cama.	10
9. La almohada con su funda amarilla.	10

d. Entrenamiento en métodos de control del pensamiento: Como una forma de aumentar las herramientas de la niña para enfrentar los estímulos aversivos encubiertos (síntomas intrusivos) se realizó entrenamiento en métodos de control del pensamiento. El entrenamiento consistió en la exposición voluntaria a recuerdos asociados a la violación y a la detención voluntaria de los mismos mediante el empleo de una clave verbal (“alto”). Esta fase tuvo una duración de una sesión, donde se capacitó a la niña en las técnicas de control del pensamiento y se le indicó que las aplicara cuando experimentara algún síntoma intrusivo.

Es necesario destacar que para impedir que el entrenamiento en técnicas de control del pensamiento fuera a reforzar la pauta de conducta

evitativa (mediante la detención de pensamientos asociados al trauma) se prescribió que ante un síntoma intrusivo la niña debía emplear la siguiente secuencia de técnicas: detención del pensamiento asociado a la violación mediante la clave verbal –recuerdo voluntario del pensamiento asociado a la violación–, detención definitiva del pensamiento asociado a la violación. De esta forma la niña utilizaba la herramienta ante recuerdos involuntarios, para luego exponerse a ellos de forma voluntaria. Una vez que se reforzaba este control cognitivo la niña nuevamente debía detener el recuerdo voluntariamente. La niña reporta haber utilizado esta técnica de forma espontánea durante todo el resto del tratamiento en contextos variados como el colegio, la iglesia, la casa y la calle.

e. Exposición a fotos: Luego de construir la jerarquía de estímulos aversivos condicionados se tomó fotografías de cada uno de ellos para comenzar con el procedimiento de exposición a fotos. Esta parte del tratamiento fue realizada en el centro de atención multidisciplinario donde la niña participaba del tratamiento.

Cada sesión de exposición a fotos comenzó con la puesta en práctica de ejercicios de respiración y relajación. Luego de ello se realizaba la exposición gradual de las fotografías, desde la menos ansiógena hasta la más aversiva. La fase de exposición a fotos se realizó en dos días de terapia intensiva (un día por semana), por lo que esta fase tuvo una duración total de dos semanas, periodo en el cual se realizaron cinco sesiones de exposición. Cada sesión de exposición tuvo una duración aproximada de 25 minutos⁴.

Durante la primera semana se realizaron tres sesiones (en el mismo día) en las cuales la paciente logró afrontar con éxito las fotografías de los seis estímulos aversivos iniciales de la jerarquía elaborada. Es necesario destacar que entre la semana 1 y la semana 2 de exposición a fotos se les indicó a la paciente y a sus padres que realizaran ejercicios diarios de exposición a las fotografías trabajadas en sesión. El periodo entre semanas fue monitoreado por teléfono para motivar a la niña y a sus padres y evaluar cualquier dificultad en el tratamiento.

⁴ La duración de la sesión es aproximada ya que el criterio para finalizar la sesión fue que la niña autorregistrara una ansiedad igual a 0 al exponerse al estímulo aversivo enfrentado.

Durante la segunda semana la paciente participó de dos sesiones (en el mismo día) en las cuales afrontó las fotos de los tres estímulos que mayor ansiedad le generaban (la cama, las sábanas y la almohada). De la misma forma que en la semana anterior, se le indicó a la paciente que repitiera diariamente los ejercicios de exposición y relajación en su casa.

f. Exposición en vivo: Durante las dos semanas posteriores se realizaron seis sesiones de aproximadamente 45 minutos de DS en dos días de tratamiento (tres sesiones por día). Las sesiones se realizaron en el lugar donde ocurrió la violación, en presencia de los estímulos condicionados reales.

De la misma forma que en la etapa anterior, cada sesión de DS en vivo comenzaba con la realización de ejercicios de relajación progresiva.

Durante las tres primeras sesiones (realizadas en un día), se trabajó en el afrontamiento de los cinco estímulos aversivos de la jerarquía elaborada por la niña. De la misma forma que en el enfrentamiento a fotos, se indicó a los padres y a la niña la necesidad de repetir el afrontamiento a esos estímulos una vez al día. Durante esta etapa se mantuvo el monitoreo telefónico entre semanas, sin detectarse mayores dificultades en la realización de los ejercicios de exposición diarios.

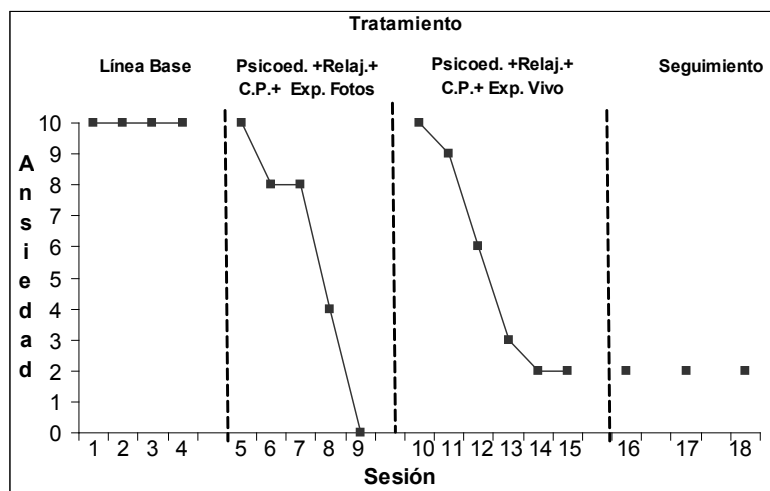
En la segunda semana de exposición en vivo se realizaron tres sesiones, donde se enfrentaron los cuatro estímulos más aversivos para la niña. Finalmente, se destacó el esfuerzo realizado por la niña y sus padres y se indicó la necesidad de repetir los ejercicios de exposición en vivo durante la semana. Además se reiteró la importancia de seguir practicando la relajación progresiva y la técnica de cambio de pensamiento cuando presentara ansiedad y síntomas intrusivos respectivamente.

g. Seguimiento: Se realizaron entrevistas de seguimiento después de una semana, después de dos semanas y después de un mes de concluido el tratamiento. Posteriormente se realizó seguimiento a los seis meses y a los dos años luego de concluido el tratamiento.

5. Resultados

El Gráfico 1 muestra los resultados de la intervención. Como puede apreciarse, antes de iniciado el tratamiento la niña presentaba altos índices de ansiedad. De hecho, en las cuatro sesiones de línea base la ansiedad es registrada por la niña en la máxima ponderación posible (10 puntos).

Gráfico 1
Resultados de la intervención



Durante la primera fase de tratamiento, donde se combinaron las técnicas de psicoeducación, cambio de pensamiento, relajación y DS (con exposición a fotos), la niña reportó adquirir un dominio gradual de sus pensamientos intrusivos. Según lo reportado verbalmente por la niña, esta situación aumentó la confianza en sí misma y le permitió enfrentar los estímulos (fotos) asociados al trauma. En las primeras sesiones la niña se manifestaba insegura ante la exposición; no obstante, a partir de la sesión número 4 comenzó a manifestar mayor entusiasmo y confianza ante las exigencias de afrontamiento.

Asociado a lo anterior, se observa un decremento gradual y significativo de la ansiedad experimentada por la niña, al exponerse a las

fotografías de los estímulos aversivos. De hecho, en la última sesión de esta fase la niña señala no sentir ansiedad ante ninguna de las nueve fotografías que formaron parte de la exposición.

Al inicio de la segunda fase de tratamiento la niña experimenta un aumento considerable de la ansiedad respecto a la sesión anterior (vuelve a registrar 10 puntos en la SUDS). Este aumento de la ansiedad coincide con el cambio de fase de tratamiento, donde se pasa de trabajar en la exposición a fotos de los estímulos aversivos a la exposición a los estímulos aversivos condicionados reales (DS en vivo).

La niña reporta que este aumento de la ansiedad se debe al miedo que le produce enfrentarse a los estímulos reales y al miedo a retroceder en el tratamiento. No obstante, gradualmente, la niña logra controlar los pensamientos intrusivos y enfrentar la exposición a los estímulos reales. Como consecuencia de esta exposición, la ansiedad experimentada por la niña baja hasta estabilizarse y mantenerse en torno al valor 2 de la SUDS durante las mediciones de seguimiento⁵.

Es necesario destacar que durante cada sesión de exposición se realizaba una medición de la ansiedad de la niña al inicio y al finalizar la sesión. Los datos que aparecen graficados corresponden al registro de la ansiedad antes de iniciar la exposición, ya que toda sesión debía terminar con una ansiedad igual a 0.

6. Discusión

El objeto del presente trabajo fue sistematizar y evaluar la intervención realizada con una niña víctima de violación. En esa intervención se pretendía disminuir la sintomatología de TEPT que presentaba la paciente. Para ello se realizó un tratamiento cognitivo

⁵ Sólo se realizó registro de la ansiedad de la niña durante las tres primeras sesiones de seguimiento (a la semana, a las dos semanas y al mes después de finalizado el tratamiento). El seguimiento realizado a los seis meses y a los dos años fue mediante entrevistas a la niña y a la madre sin la utilización de la SUDS. Se optó por prescindir de esta medición ya que en las entrevistas la niña reportó consistentemente ausencia de ansiedad al hablar y recordar la situación traumática. Por otro lado, durante todo ese tiempo la niña se mantuvo viviendo en la casa, habitando la pieza y durmiendo en la misma cama donde ocurrió el hecho traumático, por lo que se mantuvo expuesta a los estímulos aversivos condicionados de forma constante.

conductual consistente en la integración de técnicas de desensibilización sistemática, relajación, psicoeducación y control del pensamiento.

Los resultados dan cuenta que el tratamiento fue exitoso ya que disminuyeron los síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación. Lo anterior se vio claramente expresado en la medida de ansiedad (SUDS; Wolpe, 1958) que se redujo de 10 a 2 puntos. Además de lo anterior, se puede señalar que la niña, posterior a la intervención, no siguió presentando crisis de llanto e impulsividad asociadas a los estímulos vinculados a la violación. Es necesario destacar que en ningún momento la niña recibió tratamiento farmacológico.

Por otro lado, es posible comentar que la niña, a través del reporte verbal, dio cuenta de un mayor nivel de satisfacción y felicidad, recuperando el nivel de funcionamiento previo en su ambiente social y académico. En este sentido se aprecia coherencia con lo señalado por Beck (1976) y Bandura (1977) respecto al efecto que genera la DS en la disminución de patrones de pensamiento disfuncionales relacionados con el temor a la exposición y en el aumento de la autoeficacia. Después de la intervención la niña señaló sentirse menos temerosa al recordar o al tener que enfrentar estímulos asociados al evento traumático, ya que expresaba mayor confianza en sus propios recursos, lo que se vio reflejado en constantes autoverbalizaciones emitidas por la niña del tipo: “lo que pasó no me la va a ganar”, “yo soy más fuerte”.

Complementando lo anterior, la niña generalizó el afrontamiento exitoso a otros estímulos no incluidos en la desensibilización sistemática. Por ejemplo, en la segunda sesión de seguimiento (dos semanas después de concluido el tratamiento) la niña voluntariamente solicitó poder contar en detalle su violación, indicando que no lo había hecho antes por miedo a “recaer”, pero que tenía la necesidad de enfrentar ese recuerdo de forma integral. Además, posteriormente participó de un juicio por su violación donde declaró exitosamente en el estrado sin presentar episodios críticos de ansiedad ni tampoco la recuperación espontánea de la sintomatología.

En la actualidad, después de dos años de ocurrida la violación, la niña presenta un comportamiento normal sin apreciarse secuelas sin-

tomáticas del hecho traumático. Durante las evaluaciones de seguimiento reporta estar satisfecha con su proceso de recuperación y con el nivel de adaptación general. De hecho, en la actualidad, la niña señala que la violación corresponde al evento más traumático de su vida, pero que el darse cuenta de que logró superarlo le demuestra su propia fortaleza y capacidad para enfrentar los desafíos futuros.

Sobre la base de lo anterior, se concluye que el tratamiento cognitivo conductual presentado fue efectivo en la disminución de sintomatología de TEPT en la niña que participó en este trabajo. Esto refuerza el planteamiento de Baguena (2001) y Foa *et al.* (1999), quienes indican la alta efectividad de este tipo de tratamientos en pacientes con TEPT. En este sentido, se considera que el empleo de estrategias de intervención cognitivo conductuales son una alternativa de tratamiento en población de pacientes con TEPT producto de una violación.

No obstante, se debe dejar en claro que el tipo de diseño empleado (de un sujeto) y la ausencia de grupo control hacen necesario que se considere con cuidado la generalización al resto de la población de víctimas de violación. De este modo, la elección de éste o de otro tipo de tratamiento debiera ser el resultado de un minucioso proceso de diagnóstico y evaluación conductual, de forma de determinar si el tratamiento más apropiado para la persona atendida es de orientación cognitivo conductual o de otra orientación. En este sentido, se considera que la psicoterapia debe ser dirigida a las necesidades de cada paciente en particular, por lo que la aplicación apresurada y/o automatizada de cualquier tipo de intervención puede ocasionar serios perjuicios para los pacientes, como por ejemplo, el retroceso en su proceso de recuperación.

En el caso particular de los tratamientos de exposición se advierte que hay que ser extremadamente cuidadosos en respetar el proceso del paciente y de no inducirlo precipitadamente a exponerse a los estímulos aversivos ya que, de no estar listo para la DS, esto puede ser vivido como una revictimización.

Por otro lado, se considera pertinente señalar la necesidad de que cualquier tratamiento dirigido a niños que han sido victimizados sexualmen-

te se construya sobre la base de una sólida alianza terapéutica, de una actitud de respeto por el paciente y de la consideración de criterios éticos rigurosos.

Teniendo presente lo anterior, se estima que la abundante evidencia teórica y empírica da cuenta que el modelo cognitivo conductual aporta en el abordaje exitoso de este tipo de problemática. Además se considera que este tipo de tratamiento es altamente compatible con modalidades de intervención de otras escuelas psicológicas, ya que entrega estrategias concretas y prácticas que fácilmente pueden ser incorporadas en tratamientos enfocados en la resignificación del hecho traumático, aspecto no abordado directamente en el presente reporte.

Referencias bibliográficas

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV Revisión*. Washington D.C.: Masson.

ASTIN, M.C., y RESICK, P. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático. En V. Caballo (ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI.

BAGUENA, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479- 492.

BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.

BECK, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

BEIDEL, D. & TURNER, S. (1998). *Shy children, phobic adults; nature and treatment of social phobia*. Washington D.C: American Psychological Association.

BELLOSO, J., GARCÍA, B. Y DE PRADO, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 20(73), 23-40.

BERSTEIN, D. Y BORKOVEC, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclee de Brower.

BOTERO, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático en ex combatientes colombianos. *Universitas psicológica*, 4(2), 205- 219.

CASTRO, L. (1982). *Diseño experimental sin estadística* (4ª edición). México: Editorial Trillas.

CÍA, A. (2001). *Trastorno por estrés postraumático: Diagnóstico y tratamiento integrado*. Buenos Aires: Imaginador.

CABALLO, V. Y BUELA-CASAL, G. (1998). Técnicas diversas en terapia de conducta. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp.- 777- 818). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

CANESSA, P. Y GUERRA, C. (en prensa). Programa de entrenamiento para niños victimizados sexualmente que deben declarar en un juicio oral: aportes de la terapia cognitivo conductual. En V. Arredondo, y E. Toro (comp.) *Espejos de Infancia: Análisis e Intervención en violencia infantil*. Valparaíso: Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia – Paicabi.

COOPER, J. O., HERON, T. E. & HEWARD, W. L. (2006). *Applied behavior analysis* (2ª edición). Nueva York: Prentice Hall.

FOA, E. B, DANCU, C. B., HEMBREE, E. A., JAYCOX, L. H., MEADOWS, E.A. & STREET G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (2), 194-200.

HETTIARACHCHI, M. (2007). Brief intervention for post traumatic stress disorder with combined use of cognitive behavior therapy and eye movement desensitization reprocessing. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 6(1), 1- 5.

IRONSON, G. I., FREUND, B., STRAUSS, J. L. & WILLIAMS, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

JAYCOX L., FOA, E. & MORRAL, A. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.

KOVEROLA, C., ELLIOT-FAUST, D. & WOLFE D. (1984). Clinical issues in the behavioural treatment of a child abusive mother experiencing multiple. *Journal of Clinical Child Psychology* 13(2), 187-191.

MINISTERIO DEL INTERIOR, DIVISIÓN DE SEGURIDAD CIUDADANA (2008). Frecuencia de denuncias 2001-2007. Extraído el 30 de marzo de 2008 desde [http://www.seguridadciudadana.gob.cl/filesapp/Frecuencias_denuncias_\(trimestres\)_2001_2007w.xls](http://www.seguridadciudadana.gob.cl/filesapp/Frecuencias_denuncias_(trimestres)_2001_2007w.xls)

MONTT, M. Y HERMOSILLA W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39(2), 110-120.

MOWRER, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.

MOWRER, O. H. (1960). *Learning theory and symbolic processes*. New York: John Wiley and Sons.

MUÑOZ, M. (2001). En F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz. (comp.). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 285-319). Madrid: Pirámide.

NEZU, A., NEZU, C. Y LOMBARDO, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo Conductuales*. México: Manual Moderno.

NIEVES, M. Y VILA, J. (1998). Técnicas de relajación. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 777-818). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

PEARCE, J.M. & DICKINSON, A. (1975). Pavlovian counterconditioning; Changing the suppressive properties of shock by association with food. *Journal of experimental psychology; animal behavior process*, 1, 170-177.

PERRY, B. & POLLARD, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopment view of childhood trauma. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*, 7, 33-51.

RESICK, P. & SCHNICKE, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 748-760.

RESICK, P. & SCHNICKE, M. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, Ca: Sage.

RICHARDS, D., LOVELL, K. & MARKS, I. (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of traumatic stress*, 7(4), 669-680.

SELIGMAN, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

SILVA, F. (2001). En F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz (2001) (comp.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.49-70). Madrid: Pirámide.

TERR, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal Psychiatry*, 148, 10-19.

TRUJILLO, H. (2007). Hacia una mejor comprensión psicológica de las catástrofes. *Psicología Conductual*, 15(3), 339-371.

WILSON, S., BECKER, L., Y TINKER, R. (1999). Seguimiento de quince meses del Tratamiento de desensibilización y reproceso por el movimiento de los ojos (EMDR) en el trastorno por estrés postraumático y trauma psicológico. *Revista de toxicomanías*, 19, 5-19.

WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

WOLPE, J. (1976). *Theme and variations: A behavior therapy casebook*. New York: Pergamon.

WOLPE, J. (1981). Reciprocal inhibition and therapeutic changes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 12, 185-188.

Fecha de Recepción de artículo: 18 de octubre 2008

Fecha de Aceptación de artículo: 14 de julio 2009

